

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich eine Mitgliedschaft bei „German Dental Carehood International“ e.V.

Anrede

Titel

Vorname

Name

Geb.-datum

Beruf

Anschrift

PLZ + Ort

Telefon

E-Mail

Ich ermächtige German Dental Carehood International e.V. den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 50 € mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von German Dental Carehood International e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN

(Ländercode(2)-Prüfziffer(2)-Bankleitzahl(8))

Kontonr.(10)

BIC

(Branch-Code)

(8-stellig)

(3-stellig)

Ich bin damit einverstanden, dass GDCl e.V. meine persönlichen Daten im Rahmen der Vereinsarbeit verwendet und diese gem. Art. 13 und 14 DSGVO (AA-09.1) speichern darf.

Ort, Datum

Unterschrift